



Forberedende samtaler

Hvordan implementere forberedende samtaler for pasient og pårørende i en palliativ situasjon i sykehjem?

Kandidatnummer: 20

VID vitenskapelig høgskole

Haraldsplass diakonale høgskole

Prosjektplan

Videreutdanning i palliativ sykepleie

Kull: 2016-2018

Antall ord: 5976

Innleveringsfrist: 09.04.2018

Obligatorisk erklæring

Kandidatnummer: 20
Navn på studiet: Videreutdanning i palliativ sykepleie
Navn på eksamen: Prosjektplan palliativ sykepleie
Innleveringsfrist: 09.04.2018 kl. 12.00
Antall ord: 5976

Eksempler på fusk i forbindelse med oppgaver og hjemmeeksamener:

- gjengivelse av stoff/materiale hentet fra lærebøker, andre fagbøker, tidsskrifter, egne eller andres oppgaver osv. som er framstilt uten kildehenvisning og klar markering av at det er sitater
- besvarelse eller tekst som er hentet fra internett og utgitt som egen besvarelse
- besvarelse som i sin helhet er brukt av studenten ved en tidligere eksamen
- besvarelse som er brukt av en annen person ved en tidligere eksamen
- besvarelse som er utarbeidet av en annen person for studenten
- innlevert arbeid av praktisk eller kunstnerisk art som er laget av andre enn studenten selv
- samarbeid som fører til at en besvarelse i det alt vesentlige er lik en annen besvarelse til samme eksamen der det kreves individuelle besvarelser

Retningslinjer om fusk finner du her:

- lov 1. april 2005 nr. 15 om universiteter og høyskoler § 4-7 og § 4-8
- forskrift 11. desember 2015 nr. 1665 om [opptak, studier, eksamen og grader ved VID vitenskapelige høyskole](#) § 30
- retningslinjer for behandling av fusk eller forsøk på fusk ved VID vitenskapelig høyskole fastsatt 18. desember 2015.

Ved å signere med kandidatnummer erklærer jeg å være kjent med VID vitenskapelige høyskoles retningslinjer om plagiering og fusk, og at min besvarelse er i samsvar med disse bestemmelsene.

Kandidatnummer: 20

Prosjektplaner med karakteren A-B:

Jeg samtykker i at min oppgave publiseres i VID vitenskapelig høyskole åpne elektroniske arkiv (VID OPEN):

Sett kryss

Ja: ☒

Nei: ☐

Sammendrag

Denne prosjektplanen har sin bakgrunn i at det kan være tilfeldig om pasient og pårørende i en palliativ situasjon i sykehjem får tilbud om forberedende samtaler med lege og sykepleier. Hensikten med forberedende samtaler (Advance care planning) er at pasient og pårørendes ønsker og behov skal synliggjøres, og at riktige behandlingstiltak velges for den enkelte når livet går mot slutten. Pasienter med alvorlig sykdom og kort forventet levetid har stor risiko for at akutte forandringer oppstår. Samtidig har en stor andel av pasienter på sykehjem en mindre eller større grad av kognitiv svikt. Dette peker på viktigheten av at forberedende samtaler blir tilbudt tidligere i forløpet på en gjennomtenkt og strukturert måte.

Problemstillingen er som følger: *«Hvordan implementere forberedende samtaler for pasient og pårørende i en palliativ situasjon i sykehjem?»*

Som teoretisk forankring har jeg valgt å ha med hospicefilosofien som ble grunnlagt av Dame Cicely Saunders. Hun jobbet aktivt for å forbedre forholdene for alvorlig syke og døende. Hun regnes den dag i dag som grunnleggeren av den moderne palliasjon. Cicely Saunders så viktigheten av å se pasienten som et helt menneske med ulike behov, ivaretagelse av pårørende, tverrfaglig samarbeid, forskning og undervisning. Med ønske om å få til en vellykket implementering på arbeidsplassen har jeg tatt inn implementeringsteori fra litteratur og forskning.

Prosjektplanen skrives som et fagutviklingsprosjekt. Metoden blir å ta utgangspunkt i et allerede utarbeidet materiale om forberedende samtaler, en veileder. Undervisning og gruppearbeid blir en del av prosjektopplegget.

Konklusjonen i oppgaven er at en vellykket implementering av forberedende samtaler vil kunne ha betydning for både pasient, pårørende og helsepersonell. Samtalene vil kunne øke kvaliteten på det palliative tilbudet i kommunen.

Nøkkelord: forhåndssamtale/ forberedende samtale, sykehjem og implementering.

Keywords: advance care planning, nursing homes and implementation.

Innholdsfortegnelse

1. Innledning, bakgrunn for valg av tema og problemstilling	1
1.1 Tema, aktualitet og arbeidet med prosjektplanen	1
1.2 Tidligere forskning	2
1.2.1 Oppsummering av forskning	6
1.3 Teoretisk perspektiv	6
1.3.1 Hospicefilosofien	7
1.3.2 Implementeringsteori	8
1.4 Problemstilling, avgrensning og hensikt	9
 2. Praktisk metodisk gjennomføring	10
2.1 Valg av metode og gjennomføring av prosjektopplegg	10
2.2 Utvalg og varighet	12
2.3 Bruk av allerede utarbeidet verktøy	12
2.4 Budsjett	13
2.5 Etske overveielser og tillatelser	14
2.6 Evaluering av prosjektet	14
2.7 Metodiske drøftinger	15
 3. Formidling/målgruppe	17
 Litteraturliste	18
Vedlegg 1	20
Vedlegg 2	21
Vedlegg 3	22

1. Innledning, bakgrunn for valg av tema og problemstilling

1.1 Tema, aktualitet og arbeidet med prosjektplanen

«Palliasjon er aktiv behandling, pleie og omsorg for pasienter med inkurabel sykdom og kort forventet levetid. Lindring av pasientens fysiske smerter og andre plagsomme symptomer står sentralt, sammen med tiltak rettet mot psykiske, sosiale og åndelige/eksistensielle problemer. Målet med all behandling, pleie og omsorg er best mulig livskvalitet for pasienten og de pårørende. Palliativ behandling og omsorg verken fremskynder døden eller forlenger selve dødsprosessen, men ser på døden som en del av livet» (Helsedirektoratet, 2015a, s. 11).

Definisjonen får frem essensen og målet med palliasjon. Som jeg ser det så er forberedende samtaler en viktig del av palliativ pleie som kan bidra til å lindre symptomer og plager for både pasient og pårørende. Jeg vil derfor rette fokuset på hvordan man kan implementere forberedende samtaler på best mulig måte, i en palliativ situasjon i sykehjem.

Internasjonalt brukes begrepet «advance care planning». Jeg velger å forholde meg til «forberedende samtaler» som ofte brukes i Norge. Begrepet innebærer samtaler mellom pasient, pårørende og helsepersonell. I Helsedirektoratet sin veileder står det at en pasient som innlegges varig på et sykehjem skal få tilbud om å ha samtaler med helsepersonell som kan innebære hva pasienten mener er en akseptabel livskvalitet og et meningsfullt liv, sin individuelle situasjon og hva som skal gjøres ved forverring av helsetilstanden (Helsedirektoratet, 2013, s. 17-18). Gjennom min utøvelse som sykepleier har jeg observert at det kan være tilfeldig om en pasient og pårørende får tilbud om forberedende samtaler. Denne observasjonen støttes av forskningen (Gjerberg, Lillemoen, Weaver, Pedersen & Førde, 2017, s. 448). Forskning viser til at flere av de forberedende samtalene blir tatt for sent i forløpet, da pasienten ikke lenger er i stand til å uttrykke sine ønsker og behov, enten relatert til demens eller annen sykdom. En stor prosentandel av pasienter på sykehjem har en sterkere eller mildere grad av demens. Noe av målsetningen til forberedende samtaler er at pasienten tidlig får spørsmål om hvem han eller hun anser som nærmeste pårørende, og om vedkommende kan være en talsmann dersom pasienten av en eller annen grunn ikke skulle være i stand til å uttrykke egne behov og ønsker (Bollig, Gjengedal & Rosland, 2016, s. 457).

Databasene som ble inkludert i søkene mine var SweMed+, PubMed og Cinahl. Bevisst haket jeg av på «peer reviewed» som betyr at forskningsartiklene er fagfellevurderte. Jeg valgte å ikke begrense søkene mine med årstall, da dette kunne medført at kvalitetsrike og relevante artikler hadde forsvunnet. Det er ikke nødvendigvis ny forskning som trenger å være den

beste. Under selve søkeprosessen oppdaget jeg sammen med en bibliotekar at søkeordet «palliative care» medførte at mange fagfellevurderte og relevante artikler forsvant. Det viste seg at palliativ samtale og dets innhold var inkludert i «advance care planning» (forberedende samtaler). Jeg ville ikke risikere å miste relevante artikler og valgte derfor å prøve ut litt større og dekkende søkeord. På bakgrunn av at forberedende samtaler både inkluderer pasient, pårørende, lege og sykepleier (og eventuelt helsefagarbeider), var det ikke relevant for meg å bruke søkeord som «nurse». Det viste seg at dersom man brukte «nurse» som søkeord, ble fokuset vendt mot selve sykepleieren i samtalen med pasienten, og ikke selve implementeringen og det tverrfaglige samarbeidet. Søkeordene som ble aktuelle i forhold til min problemstilling ble: «Advance care planning», «nursing homes» og «implementation».

1.2 Tidligere forskning

Advance care planning in Norwegian nursing homes / Forberedende samtaler i norske sykehjem (Gjerberg et al., 2017, s. 447-451).

Bakgrunnen for denne studien var at sykehjemspasienter ofte har flere kroniske lidelser og at en stor andel av dem har større eller mindre grad av en kognitiv svikt. Dette medfører i praksis at det er stor risiko for at kritiske hendelser, sykehusinnleggelser og død plutselig oppstår. Disse risikoene peker i retning av at det er behov for samtaler med pasient og pårørende som blant annet inkluderer ønsker for tiden fremover, og tiltak dersom pasientens helsetilstand forverres. Alle sykehjem i Norge med langtidsavdelinger, totalt 848 sykehjem, fikk tilsendt et spørreskjema i 2014. Forfatterne mottok svar fra 486 av sykehjemmene (57,3 %). Alle fylkene i Norge var representert.

På spørsmål om sykehjemmene praktiserte en form for forberedende samtaler svarte 20 % av dem at de «alltid» hadde det, mens 44 % av dem svarte at de «som oftest» hadde det. 28 % av sykehjemmene svarte «av og til» og 7 % av dem svarte «sjelden/aldri». Det er viktig å fremheve at en tredjedel av de som svarte at de utførte forberedende samtaler «alltid», «som oftest» og «av og til», hadde skriftlige retningslinjer. Det viktigste resultatet i denne forskningsartikkelen var at det i stor grad var pårørende og sykehjemslegen som deltok på forberedende samtaler, og at pasienten selv sjeldnere var med. På spørsmål om hva som oftest gav grunnlag for forberedende samtaler, svarte 3/4 av de som deltok i studien at det var relatert til at pasientens helsetilstand var forverret og halvparten av dem oppgav at pasienten gikk inn i livets siste fase. Flere av dem oppgav at samtalene ble holdt i forbindelse med

innkomstsamtaler og årskontroller (Gjerberg et al., 2017, s. 447-451).

They know!- Do they? A qualitative study of residents and relatives views on advance care planning, end-of-life care, and decision-making in nursing homes (Bollig et al., 2016, s. 456-470).

Bakgrunnen for denne studien er at 70-80 % av pasientene som bor på sykehjem i Storbritannia og Norge har en større eller mindre grad av kognitiv svikt eller demens. Store deler av befolkningen dør på sykehjem. Dette betyr at det palliative tilbudet bør inkludere forberedende samtaler om livets slutt. I denne studien deltok til sammen 43 informanter fra ni norske sykehjem. 25 av informantene var sykehjemspasienter og 18 av dem var pårørende. Sykehjemspasientene deltok på dybdeintervju, mens pårørende deltok i fokusgrupper. Pasientene som ble intervjuet var klar og orienterte, og hadde langtidsplass. Intervjuet var bygget opp på en slik måte at deltakerne skulle fortelle med egne ord om forberedende samtaler, beslutninger/valg og etiske utfordringer knyttet til dette.

Resultatene viste at det var store variasjoner om pasientene hadde hatt forberedende samtaler med sine nærmeste og/eller med helsepersonell. Noen av dem oppgav at de ikke hadde tenkt på sin fremtidige død, andre hadde ikke tatt det opp på grunn av at det var skummelt eller på grunn av at de opplevde helsepersonellet som travle og opptatte. Enkelte av dem oppgav at de hadde sagt sine ønsker til pårørende eller til en sykepleier. Det viste seg at flere av pasientene hadde ønsker og håp for tiden fremover som de ikke hadde snakket med noen om. Flere av dem hadde redsler som var knyttet til fremtidige smerter og om de kom til å få tilstrekkelig smertelindring. Noen av dem hadde et ønske om å ikke være alene. Det jeg synes er viktig å fremheve i denne forskningsartikkelen er at flere av pasientene stolte på at deres nærmeste pårørende visste om pasientens ønsker og om videre behandling, mens de som var nærmeste pårørende oppgav at de var veldig usikre på pasientens ønsker. Dette viser til utryggheten som pasient, pårørende og helsepersonell kan kjenne på dersom ikke alle parter har snakket sammen om disse temaene på forhånd (Bollig et al., 2016, s. 456-470).

A review of the implementation and research strategies of advance care planning in nursing homes (Flo et al., 2016, s. 1-20).

Bakgrunnen for at denne forskningen ble utført var at pasienter på sykehjem ofte har komplekse helseproblemer og dermed har behov for forberedende samtaler. Selve implementeringen av forberedende samtaler viser seg å være et glemt forskningsemne. Denne oversiktsartikkelen undersøker tidligere studier sine funn om metoder, design, utfall og selve

implementeringen av forberedende samtaler. Forfatterne utførte kontrollerte søk i databaser og hadde klare retningslinjer på hvilke artikler de inkluderte som aktuelle. Til sist kom forfatterne frem til 16 studier fra ulike land som de inkluderte i deres forskningsartikkel.

Resultatene viste at den mest brukte og nevnte implementeringsmetoden av forberedende samtaler var opplæring av helsepersonellet. Dette ble gjort gjennom kurs og praktisk trening. Tilstrekkelig informasjon om forberedende samtaler og behovet for en viss standardisert samtale, viste seg å være sentrale komponenter i selve implementeringen. En konsekvent og god ledelse ble også identifisert som en viktig faktor. Hovedfunnene i artikkelen som gjorde implementeringen utfordrende var mangel på leger, kompetanse, erfaring, tid og usikkerhet i forhold til juridiske spørsmål, samt helsepersonell og pårørende som ikke ønsket å delta på forberedende samtaler. Kjennskap og trygghet mellom pasient, pårørende og helsepersonellet ble også vektlagt som en viktig faktor for vellykket gjennomføring av forberedende samtaler (Flo et al., 2016, s. 1-20).

Preconditions for successful advance care planning in nursing homes: A systematic review (Gilissen et al., 2017, s. 47-59).

Bakgrunnen for denne forskningsartikkelen er at det er økende bevis på at forberedende samtaler er nyttig innen palliasjon, samtidig som det er en stor mangel på kunnskaper om hvilke forutsetninger som er nødvendig for en vellykket implementering. Forfatterne ønsket derfor å identifisere de viktigste forutsetningene gjennom å studere tidligere forskning, slik at det kan bli lettere å implementere forberedende samtaler av kvalitet.

Gjennom kontrollerte søk kom forfatterne frem til 38 relevante publikasjoner. Ut fra disse publikasjonene fant forfatterne viktige forutsetninger for en vellykket implementering av forberedende samtaler. Resultatene ble inndelt i fem ulike punkter:

1. Viktigheten av at deltakerne i samtalene hadde optimale kunnskaper og ferdigheter om forberedende samtaler og juridiske spørsmål relatert til dette. I tillegg var det en viktig faktor at pasient og pårørende hadde innsikt i sykdomsprognosen.
2. Viktigheten av at deltakerne var villig og i stand til å delta i forberedende samtaler. For pasient og pårørende var dette blant annet knyttet til om de følte seg klar til å snakke om livets slutt eller ikke. For helsepersonellet handlet det om kulturen på arbeidsplassen og samfunnet rundt dem.
3. Betydningen av gode relasjoner mellom pasient, pårørende og helsepersonell. Tillit førte til dialog og åpenhet.

4. Selve dokumentasjonen etter de forberedende samtalene var en viktig faktor i forhold til en god implementering. Pasient og pårørendes ønsker må bli dokumentert på en kvalitetssikret måte, slik at ingen misforståelser kan oppstå i fremtiden.

5. Det var nødvendig at det ble satt av god tid både i forbindelse med selve implementeringen og utførelsen av forberedende samtaler. Dersom forberedende samtaler ble en rutine og en del av det palliative tilbudet på sykehjemmet, var det større sjanse for at implementeringen ble vellykket (Gilissen et al., 2017, s. 47-59).

«I just think that we should be informed» a qualitative study of family involvement in advance care planning in nursing homes (Thoresen & Lillemoen, 2016, s. 1-17)

Denne studien ble utført for å undersøke om pårørendes deltakelse kan bedre kvaliteten på forberedende samtaler, og om dette kan medføre at en større andel av pasienter på sykehjem deltar under selve samtalen. I studien kom det frem at halvparten av dødsfallene som var i Norge i 2014, skjedde på sykehjem. Dette peker på viktigheten av at forberedende samtaler blir praktisert i sykehjem. I tillegg henviser de til retningslinjer for beslutningsprosesser i begrensningen av livsforlengende behandling. Disse retningslinjene anbefaler forberedende samtaler for å involvere pasienter i forhold til behandling i livets slutfase. Samtalene blir beskrevet som et tilbud til pasient og pårørende i palliativ situasjon, for å snakke om deres mål, verdier og tro.

Studien ved Thoresen & Lillemoen, 2016, s.1-17, er en del av et større forskningsprosjekt ved Senter for det medisinske etikk ved Universitetet i Oslo. Forskningsprosjektet heter «End-of-life communication in nursing homes». Målet med dette forskningsprosjektet er å kartlegge, undersøke og forbedre praksisen som utøves ved forberedende samtaler i norske sykehjem. Resultatene i denne forskningsartikkelen viser til at pasient og pårørende er en enhet, de hører sammen privat og i slike samtaler. Pasientens ønsker og håp påvirker de nærmeste pårørende, og de nærmeste pårørende påvirker også pasienten. Resultatene viste videre at pårørende ønsket å delta i forberedende samtaler og at de tilføyde viktig informasjon om pasientens livshistorie. Pasient og pårørende hadde hovedsakelig ikke snakket sammen om nærstående død. Fellestrekket for dette emnet var at det var vanskelig å snakke om, samtidig viste det seg at alle hadde tidligere erfaringer med å ha mistet noen, vært i begravelser og lignende. Dette var en inngangsport som kunne åpne opp for samtaler rundt egen fremtid og livets slutfase (Thoresen & Lillemoen, 2016, s. 1-17).

1.2.1 Oppsummering av forskning

Forsknings-og oversiktsartiklene viser til viktigheten av at forberedende samtaler bør finne sted og tilbys tidlig i forløpet. Pasienter på sykehjem har flere kroniske sykdommer og dermed økt risiko for akutt endring, sykehusinnleggelse og død (Gjerberg et al., 2017, s. 447). Forskningsartiklene jeg har valgt ut har ekskludert pasienter med kognitiv svikt og demens. Dette kan ses på som en svakhet med tanke på at en da har ekskludert mange pasienter som også bør inkluderes i forberedende samtaler til en viss grad. Forskningsartiklene er likevel relevante for min prosjektplan siden de presenterer viktige faktorer for vellykket implementering av forberedende samtaler.

Forskning viser til at flere sykehjem utfører en form for forberedende samtaler, og at dens innhold varierer. I flere av studiene kommer det frem at det ofte er helsepersonell og pårørende som har forberedende samtaler, og at pasienten selv ikke blir inkludert (Gjerberg et al., 2017, s. 448). Dette bekrefter viktigheten av at prosjektet gjennomføres, slik at vi sammen kan ivareta både pasient, pårørende og helsepersonell.

Forfatterne av forskningsartiklene har undersøkt hva som er viktig i selve implementeringsprosessen. Med tanke på at det er utfordrende for helsepersonell å ha samtaler med pasient og pårørende om livets slutfase, er det nødvendig med økning av den faglige kompetansen. Dette kan gjøres gjennom kurs og praktisk trening (Flo et al., 2016, s. 11). Man kan oppnå større trygghet i samtale med pasient og pårørende dersom man får økt kompetanse om temaene kommunikasjon og palliasjon. Informasjon om hva forberedende samtaler er og hva den skal inneholde er også vesentlige punkter ved implementeringen. Resultatene i forskningsartiklene peker i retning av at få sykehjem har et standardisert opplegg å følge, og at dette er en svakhet i forhold til en implementering (Flo et al., 2016, s. 13).

Pasient og pårørende har behov for informasjon. Dersom helsepersonellet åpner opp for forberedende samtaler som omhandler hva som er «viktig for deg», håp og ønsker, behandlingsintensitet og annet, minsker sannsynligheten for at feil valg blir tatt i tiden fremover (Gjerberg et al., 2017, s. 447). Jeg tror at forberedende samtaler kan føre til at pasientene kan oppleve å leve et meningsfullt liv og at pårørende kan sitte igjen med følelsen av at sin kjære fikk ønskene sine oppfylt i en ellers vanskelig livssituasjon.

1.3 Teoretiske perspektiv

Jeg har valgt å fokusere på hospicefilosofien som ble grunnlagt av Dame Cicely Saunders. I tillegg ønsker jeg å ha med litt implementeringsteori som kan være med på å underbygge min problemstilling.

1.3.1 Hospicefilosofien

Cicely Saunders regnes som grunnleggeren av den moderne palliasjon. Hun arbeidet svært målrettet for å forbedre forholdene for alvorlig syke og døende. For at dette skulle bli mulig måtte hun arbeide på flere plan, først som utdannet sykepleier, sosialarbeider og lege (Helsediretoratet, 2015b, s. 14). Gjennom hennes arbeid ble St Christopher`s Hospice grunnlagt i 1967 i London. Dette var et sted for uhelbredelig syke i livets slutfase. For å kunne møte pasient og pårørende på best mulig måte ble det ved St Christopher`s Hospice vektlagt forskning og undervisning. Det viktige arbeidet hennes ble spredd til resten av Storbritannia, USA og i Europa (Helsedirektoratet, 2015b, s. 14). Hospicefilosofien som ble etablert takket være denne målrettede kvinnen, har siden blitt retningsgivende for palliasjonen i verden.

Den moderne hospicebevegelsen vektlegger «total pain». Pasientens smerter og andre plagsomme symptomer skal lindres, og smertene påvirkes av det fysiske, psykiske, sosiale, eksistensielle og åndelige spekteret. Pasienten skal bli sett på som et helt menneske og smertene som pasienten opplever er sammensatte og påvirker hverandre (Strømskag, 2012, s. 44). Livskvaliteten for den enkelte er i fokus, og man skal hjelpe pasienten å leve livet helt frem til pasienten dør (Helsedirektoratet, 2015b, s. 13-15).

På 1970-tallet spredte tankegangen om «hospicebevegelsen» seg til Norge, og flere ildsjeler jobbet aktivt for å forbedre omsorg og pleien som ble gitt ved livets slutt her til lands også. Flere organisasjoner ble utviklet, der i blant Fransiskushjelpen som tilbødte hjelp i pasientens hjem. Etter hvert ble også palliative enheter og palliative team utviklet (Helsedirektoratet, 2015b, s. 14-15).

Jeg opplever at essensen innen palliasjon og hospicefilosofien kan knyttes opp til de forberedende samtalene. Pasient og pårørende har sammensatte behov og utfordringer. For å kunne møte disse er det nødvendig med tverrfaglig samarbeid. Gjennom forberedende samtaler kan pasienten få mulighet til å blant annet uttrykke hvor han eller hun ønsker å tilbringe den siste tiden. Dersom pasienten ønsker å tilbringe den siste tiden hjemme, er man avhengig av at pasientens nærmeste pårørende også ønsker og klarer dette (Rønsen & Jakobsen, 2016, s. 37).

1.3.2 Implementeringsteori

Det er naturlig å ta med litt implementeringsteori i forbindelse med prosjektplanen, da dette kan være med på å forme en vellykket implementering.

Alle arbeidsplasser er forskjellige og har ulike kulturer. Noen arbeidsplasser har en kultur som er preget av at «det har vi alltid gjort og det er det riktige». Dette kan være et hinder for utvikling i forhold til å tenke nytt og forbedre praksisen. Litteraturen er derfor forsiktig med å anbefale *generelle* tilnærminger og modeller som skal sikre en vellykket kunnskapsimplementering. Det finnes flere studier som viser til forutsetninger som bør være tilstede i helsetjenesten ved en implementering, samtidig som de også tar hensyn til de lokale kontekstuelle forholdene (Førland, 2014, s. 237-238).

Powell, Rushmer & Davies (2009) sin forskningsartikkel blir nevnt i en av pensumbøkene. Forfatterne viser til at det ikke finnes en «riktig» metode for vellykket implementering, men de trekker frem fem forutsetninger eller forhold som kan være avgjøende:

1. helsepersonellens engasjement og eierforhold
2. innovasjonen (det nye som skal innføres) tilpasses og skreddersys arbeidsplassen
3. innovasjonen samsvarer med arbeidsplassens mål og visjoner
4. støtte fra ledelsen
5. forbedringsarbeidet og implementeringen er bygget opp av vedvarende karakter (Førland, 2014, s. 238).

Jeg vil hevde at implementeringen av forberedende samtaler for pasient og pårørende i palliativ situasjon i sykehjem er nødvendig. Det kan være med på å øke kvaliteten på det palliative tilbudet i kommunen og det vil «tjene» både pasient, pårørende og helsepersonell. Gjennom min videreutdanning har jeg tilegnet meg mer kunnskaper om palliasjon og jeg føler meg motivert til å kunne bidra til å påvirke det palliative tilbudet på arbeidsplassen gjennom tverrfaglig samarbeid, tidlig involvering og forankring i ledelsen med hensyn til utgifter i forbindelse med prosjektet.

NOU sine siste anbefalinger foreslår at det bør innføres nasjonale retningslinjer for forberedende samtaler (forhåndssamtaler). Samtalene blir da en obligatorisk del av det palliative tilbudet (NOU 2017:16, s. 34).

1.4 Problemstilling, avgrensning og hensikt

Problemstilling: *«Hvordan implementere forberedende samtaler for pasient og pårørende i en palliativ situasjon i sykehjem?»*

Prosjektoppgaven min skal fokusere på hvordan man på best mulig måte kan implementere forberedende samtaler i sykehjem. Forberedende samtaler er essensielt innen palliasjon og er aktuelt å tilby når pasienten er i en palliativ livssituasjon (Dahlin & Wittenberg, 2015, s. 96). Pasienten har da kort forventet levetid (uker, måneder eller år), uavhengig av diagnose og alder (Helsedirektoratet, 2015b, s. 13).

Jeg arbeider i en mindre kommune. Sykehjemmet er kombinert med hjemmesykepleien. Det vil si at vi som er ansatt, jobber på sykehjemmet og i hjemmesykepleien i løpet av en vakt. Med hensyn til at prosjektet skal være gjennomførbart, velger jeg å avgrense fagutviklingsprosjektet til sykehjemmet. Jeg ekskluderer i første omgang hjemmesykepleien. Det er viktig at man får støtte av ledelsen med hensyn til tid, økonomi og forankring i prosjektet.

Hensikten med prosjektet er at pasient og pårørende skal bli ivaretatt og at de skal ha en opplevelse av at deres håp og ønsker for tiden fremover er i fokus. For å få til dette er man avhengig av et tverrfaglig samarbeid mellom sykepleiere, leger og andre aktuelle profesjoner som åpner opp for samtaleemner vedrørende livets slutt på en gjennomtenkt, strukturert og kvalitetssikret måte. Jeg er overbevist om at forberedende samtaler er en viktig del av palliativ pleie som kan bidra til å lindre symptomer og plager for både pasient og pårørende i en palliativ situasjon i sykehjem. Jeg vil derfor rette fokuset på hvordan man kan implementere forberedende samtaler på best mulig måte.

2. Praktisk metodisk gjennomføring

2.1 Valg av metode og gjennomføring av prosjektopplegg

Dette er en prosjektplan til et fagutviklingsprosjekt som skal utføres på sykehjemmet der jeg er ansatt. Målet er at forberedende samtaler skal implementeres på best mulig måte ved å sette det i system. Hensikten med implementeringen er at pasient og pårørende i en palliativ situasjon skal bli ivaretatt, og at de skal ha en opplevelse av at deres håp og ønsker for tiden fremover er i fokus. Forberedende samtaler kan føre til at behandlingen som blir gitt fremover er i tråd med pasient og pårørendes preferanser og man kan forebygge uønskede sykehusinnleggelser (Gjerberg et al., 2017, s. 447).

Prosjektet har planlagt startpunkt høsten 2018. Det er med hensyn til at jeg som prosjektansvarlig skal få tid til planlegging, invitere ekstern foreleser og ferieavviklinger. Styringsgruppen består av to ledere og en sykehjemslege. Deltakerne i prosjektet er sykepleiere og en vernepleier, sykehjemslege og ledere. Vi blir til sammen en gruppe på totalt ti til tolv deltakere. Prosjektet vil bli arrangert på selve sykehjemmet.

En metode er en fremgangsmåte som hjelper oss å finne relevant informasjon for å utføre et prosjekt eller en undersøkelse. Selve metoden sier noe om hvordan vi bør gå frem for å fremskaffe eller etterprøve kunnskap. Alt som har som formål å tjene dette, hører til metodedelen (Dalland, 2017, s. 50-52). Metoden er «veien til målet» (Kvale & Brinkmann, 2017, s. 140). Metoden som skal brukes til fagutviklingsprosjektet er å ta utgangspunkt i et allerede utarbeidet materiale om forberedende samtaler, en veileder (Thoresen et al., 2017). Undervisning og gruppearbeid blir en del av prosjektopplegget. Målet er at sykehjemmet skal få en fungerende rutine på å tilby forberedende samtaler for pasient og pårørende i en palliativ situasjon.

Første samling: Prosjektansvarlig inviterer inn en ekstern foreleser som skal fortelle om hva forberedende samtaler er og erfaringer rundt dette. Planen er å kontakte en person som er leder for palliativt team på vårt nærmeste sykehus og invitere vedkommende som foreleser. Alle deltakerne blir invitert til denne samlingen. Prosjektansvarlig leder selve møtet og presenterer den eksterne foreleseren. Det blir satt av to timer for dette foredraget. Styringsgruppen har blitt enig om at sykehjemslegen og den eksterne foreleseren skal avgjøre dato for første samling.

Andre samling: Planleggingsmøte/samarbeidsmøte kort tid etter første samling. Dette blir kombinert med et allerede planlagt sykepleie/vernepleiemøte. Møtet varer i utgangspunktet to timer, vi har valgt å utvide det til 3,5 time. Alle deltakerne blir invitert. Prosjektansvarlig leder møtet og åpner opp med et undervisningsopplegg om kommunikasjon som varer i 20-30 minutter. Her vil jeg vektlegge verbal og nonverbal kommunikasjon i forhold til alvorlig syke, og blant annet komme inn på temaer som å tåle stillhet, struktur på samtaler og bekreftelse. Mange av samtaleemnene kan ofte inneholde sårbare og vanskelige temaer, både for pasient, pårørende og helsepersonell. Forberedende samtaler bør legges opp med en åpning, midtdel og avslutning. Dette er viktig for å etablere trygghet, oversikt i samtalen og for å få bekreftelse om samtaleens resultater er oppfattet riktig (Eide & Eide, 2010, s. 249-251). Formidling av alvorlige nyheter er utfordrende, og det vil ofte ta tid før pasient og pårørende klarer å motta og forstå informasjonen som blir gitt (Loge, 2016, s. 224-225). Etter undervisningsopplegget blir det en pause på ti minutter. Etterpå presenterer jeg veilederen som er et tidligere utarbeidet materiale for forhåndssamtaler (jevnfør punkt 2.3). Denne presentasjonen varer i omtrent 20-30 minutter. I etterkant av undervisningen blir det ytterligere en pause på ti minutter. Den resterende tiden blir brukt til praktisk trening, gruppearbeid. Deltakerne blir inndelt gruppevis, omtrent tre personer i hver gruppe. Det allerede utarbeidede verktøyet (veilederen for forhåndssamtaler) inneholder forslag til fremgangsmåte, innhold av samtale og relevante spørsmål som kan stilles i forbindelse med forberedende samtaler. Gruppearbeidet er tenkt for å studere og diskutere innholdet i veilederen. Det vil gis muligheter for å dele dette i plenum. Jeg legger opp samlingen på denne måten med ønske om at deltakerne skal bli engasjerte. Denne læringsmetoden kan i følge forskning være en viktig del av en vellykket implementering (Flo et al., 2016, s. 11).

Tredje samling: Refleksjonssamling. Denne samlingen blir holdt omtrent et halv år etter oppstart av prosjektet. Alle deltakerne blir invitert. Det blir satt av to timer til refleksjonsmøtet. Vi skal fokusere på hva som fungerer og forslag til endringer. Opplevelsene rundt implementeringen vil også drøftes her.

Mellom de ulike samlingene vil prosjektansvarlig og styringsgruppen ha samarbeidsmøter. Innholdet i samarbeidsmøtene vil bli å utforme invitasjonsbrevet som skal leveres til pasient og pårørende en liten uke før den forberedende samtalen (jevnfør vedlegg 1), revidere fremgangsmåten av de forberedende samtale (jevnfør vedlegg 2) og tilpasse innholdet til vårt sykehjem. Det vil her bli tverrfaglig samarbeid mellom palliativ sykepleier,

sykehjemslege og avdelingsledere.

Jeg har stor tro på at dette opplegget vil kunne øke deltakernes kunnskaper og ferdigheter. Samtidig er det motiverende å tenke på at denne implementeringen kan være med på å endre og forhåpentligvis bedre rutinene på sykehjemmet i forhold til samtaler med pasient og pårørende i en palliativ situasjon.

2.2 Utvalg og varighet

Jeg vil være prosjektleder. Styringsgruppen består av en tilsynslege og to avdelingsledere. Helse og omsorgsleder vil få informasjon om prosjektet underveis, men blir litt mer perifer. På grunn av at sykehjemmet ikke er så stort har vi besluttet at det ikke er behov for en referansegruppe. Styringsgruppen har tatt en beslutning om at vernepleier, sykepleiere, leger og ledere skal bli inkludert i prosjektet. Årsaken til at omsorgsarbeidere og helsefagarbeidere har blitt ekskludert er med hensyn til fordelingen av profesjonenes ansvarsområder og av økonomiske hensyn. Det kan tenkes at det kan bli gode refleksjoner og dialoger når man ikke er for mange deltakere. Selv om omsorgsarbeidere og helsefagarbeidere ikke blir deltakere i prosjektet, understrekes det at alle ansatte har behov for undervisning og opplæring i temaer som kommunikasjon og palliasjon.

Alle deltakerne i prosjektet vil få informasjon per mail. På bakgrunn av at prosjektet er godkjent av ledelsen vil det medføre at deltakerne har en viss forpliktelse til å delta. Det er i følge forskning viktig at det blir satt av nok tid i forbindelse med implementering av forberedende samtaler (Gilissen, 2017, s. 56). Prosjektet skal ha en varighet på omtrent ett år.

2.3 Bruk av allerede utarbeidet verktøy

Da jeg hadde siste praksisperiode på en lindrende enhet fortalte jeg om min prosjektplan. Der ble jeg tipset om et allerede utarbeidet materiale som ligger tilgjengelig på internett. Senter for medisinsk etikk ved Universitetet i Oslo, har utarbeidet en veileder for forhåndssamtaler som omhandler felles planlegging av tiden fremover og helsehjelp ved livets slutt for pasienter på sykehjem. Denne veilederen inkluderer konkret informasjon om hva forhåndssamtaler eller forberedende samtaler er, samtykke, når det bør tilbys samtale, hensikt, deltakere, forberedelser, forslag til invitasjonsbrev, forslag til spørsmål som kan være relevante å stille og hva som bør gjøres etter en slik samtale (Thoresen et al., 2017).

Innholdet i veilederen har jeg vurdert som svært relevant, og planlegger derfor å ha det som utgangspunkt i forbindelse med undervisning og gruppearbeid i samling nummer to, som jeg har beskrevet tidligere. Man får viktig informasjon og forslag om hva som bør være inkludert i en forberedende samtale. På bakgrunn av at veilederen er prøvd ut i et forskningsprosjekt i Norge og at utgaven er revidert i tråd med resultater og erfaringer fra forskning, ser jeg på dette materialet som kvalitetssikret og relevant fagstoff (Thoresen et al., 2017). Jeg tror det kan være en styrke at vi tar utgangspunkt i et allerede utarbeidet materiale slik at vi har et veiledningsverktøy å forholde oss til.

2.4 Budsjett

I en travel arbeidsdag vil det bli vanskelig og utfordrende å ta seg tid til et prosjekt. Jeg ser det derfor nødvendig at prosjektleder vil få avsatt tid til å forberede og planlegge innholdet. I samråd med nærmeste leder har vi blitt enige om at jeg kommer til å få avsatt tid til fagutviklingsprosjektet faste dager annenhver eller hver tredje uke etter at jeg er ferdig med videreutdannelsen. Dette skal bli satt i system. Jeg kommer til å kalle inn styringsgruppen til møter via mail når det er behov for tettere samarbeid. Møtetidspunktene vil bli på dagtid når alle er på jobb. Forarbeidet vil ikke medføre noen økonomiske konsekvenser, utenom «tapt arbeidstid». Grunnlaget for at vi velger å ikke opprette en stillingsprosent for prosjektleder i en tidsperiode, er fordi prosjektet må ses i sammenheng med størrelsen på sykehjemmet og kommunen. Vi må forholde oss til de rammene vi har. Vi er målbevisste og skal lykkes. Kvaliteten på tjenestene skal opprettholdes og bedres gjennom prosjektet, samtidig som man prioriterer de riktige fremgangsmåtene for oss.

Vi fokuserer på å legge samlingene mest mulig opp mot vaktskifte og andre møter, slik at deltakerne bruker minst mulig av sin fritid og av økonomiske hensyn. Deltakerne får timene til timebank eller utbetalt i lønn. Samlingene vil bli holdt i et stort lokale som tilhører sykehjemmet. Her finnes det prosjektor, mange bord og stoler. Det vil derfor ikke medføre noen form for utgifter i forhold til leie av lokale. Det vil bli servert kaffe, te, vann, frukt og kake. Det vil forekomme økonomiske utgifter i forbindelse med ekstern foreleser. Ledelsen har godkjent de økonomiske utgiftene som vil oppstå og ser gevinsten som prosjektet kan føre til.

Ledelsen har i forkant av prosjektet søkt om midler til fylkesmannen med ønske om å heve

kompetansen innen palliasjon for ansatte i helse og omsorg seksjonen høsten 2018. Ønsket deres er å ha en personalsamling med to fagdager for å jobbe med og reflektere rundt «hva er viktig for deg?», lindrende behandling og livets slutfase. Dersom søknaden blir godkjent, vil muligens dette fagutviklingsprosjektet bli en del av fagdagene.

2.5 Etiske overveielser og tillatelser

Jeg tror at prosjektet vil oppleves som et tilleggsgode for de som deltar, siden forberedende samtaler kan føre til økt opplevelse av trygghet både for pasient, pårørende og helsepersonell. Det kan tenkes at prosjektet vil være med på å øke deltakernes kunnskaper og interesse innenfor palliasjon. Med tanke på at det tverrfaglige samarbeidet kan påvirkes i positiv retning gjennom prosjektet, vil jeg hevde at vi sammen blir sterkere og at kvaliteten på det palliative tilbudet vil merkes. At dette prosjektet kan føre til at pasient og pårørendes stemme kan bli hørt, sett og tatt på alvor tidligere i en palliativ fase og underveis mens livet går mot slutten, er en stor motivasjon i seg selv for meg. Ledelsen har vist stort engasjement i min videreutdanning og støttet meg underveis. Jeg var i tidlig dialog med mine ledere for å diskutere innholdet i prosjektoppgaven. De syntes det var et viktig område å forsterke. Etter at jeg hadde kommet i gang med selve skriveprosessen var jeg i møte med nærmeste leder for å planlegge prosjektet slik at det vil bli realistisk og gjennomførbart. Arbeidsgiver og sykehjemslegen har gitt sin godkjenning til å gjennomføre prosjektet.

Forskningsetikk er en viktig del av forskning. Måten man behandler personopplysninger i selve forskningprosessen er med på å avgjøre om man har meldeplikt eller ikke. Dette er nedfelt i loven (Dalland, 2017, s. 237). Mitt fagutviklingsprosjekt inneholder ikke personlige data. Derfor er det ikke nødvendig å søke Regional komite for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) eller personvernombudet Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste om forskningsgodkjenning. Alle deltakerne har gjennom sin profesjon en taushetsplikt som alltid er gjeldende. Dette er nedfelt i helsepersonelloven (Helsepersonelloven, 1999, § 21).

2.6 Evaluering av prosjektet

For å få en riktig og meningsfull evaluering av prosjektet mener jeg det er viktig å få tilbakemeldinger fra pasient og pårørende. Det er pasient og pårørende som kjenner hvor «skoen trykker», og jeg tror det er dem vi kan lære mest av. Jeg tenker derfor at det kan være positivt å utarbeide et spørreskjema som kan gis til pasient og pårørende en stund etter en

forberedende samtale (jevnfør vedlegg 3). Det må vurderes om pasienten er i stand til eller i form til å svare på spørsmålene.

Prosjektansvarlig og styringsgruppen skal evaluere prosjektet underveis. Det vil i forkant av refleksjonsgruppen (samling nummer tre) bli sendt ut et spørreskjema på mail til alle deltakerne i prosjektet. Det vil være et spørreskjema om opplevelsene rundt implementeringen, prosjektets innhold, hva som fungerer og eventuelt forslag til endringer. Tilbakemeldingene fra pasient, pårørende og deltakerne presenteres anonymt i plenum.

2.7 Metodiske drøftinger

Jeg har troen på at det å ta utgangspunktet i et allerede utarbeidet materiale, sammen med undervisningsopplegg, vil kunne styrke gjennomføringen. Dette er med tanke på at de som har laget veilederen for forhåndssamtaler/forberedende samtaler har gjort seg erfaringer med disse samtalene, gjennom et forskningsprosjekt. Informasjonen i veilederen beskriver innhold og fremgangsmåte på en kort og presis måte (Thoresen et al., 2017). Dette medfører at det blir lettere å forholde seg til det og informasjonen oppleves forståelig. Ekstern foreleser som har lang erfaring med forberedende samtaler med pasient og pårørende i en palliativ situasjon både i sykehus og kommune er en viktig faktor. Jeg tror det kan føre til økt interesse for deltakerne. Informasjonen som blir gitt kan oppleves «nært» når en både kan dele kunnskaper og egne opplevelser rundt dette området.

En absolutt viktig faktor er at prosjektet er ledelsesforankret. Ledelsen har støttet prosjektet fra dag en. De har vist stort engasjement, takknemlighet og støtte i forbindelse med utarbeidelsen. Samtidig er de lydhøre og interesserte. Man må forholde seg til at økonomien er styrende for hva som er mulig å få til. Jeg opplever at vi har lagt en plan for prosjektet som nytter ressursene på best mulig måte.

Forberedende samtaler kan øke tryggheten til både pasient, pårørende og helsepersonell. Vi har en sykehjemslege å forholde oss til. Det vil kunne medføre at vedkommende i større grad vil få mulighet til å delta i prosjektet. Samtidig har vi to fastleger som er ansatt på legekantoret. På grunnlag av at det er små forhold kan det tenkes at det blir lettere at legene er informert om det palliative tilbudet vi har på sykehjemmet. Forskning sier at sykehjemslegen har en sentral rolle i forberedende samtaler og at det er viktig at vedkommende møter pasientene regelmessig (Gjerberg, 2017, s. 449). Fagutviklingsprosjektet vil mest

sannsynligvis øke det tverrfaglig samarbeidet. Implementeringen vil føre til dialoger mellom de ulike profesjonene og forståelse for hverandres arbeid vil synliggjøres.

Svakheter ved gjennomføringen kan være at helsefagarbeidere og omsorgsarbeidere blir ekskludert fra prosjektet. Det er de som er mest sammen med pasient og pårørende, da sykepleiere og vernepleiere ofte blir tatt ut fra pleien i slutten av arbeidsdagen for å ta ansvar for relevante sykepleieoppgaver og dokumentasjon. En annen svakhet i prosjektet er at vi får en ny turnuslege hvert halvår. Dette kan medføre at det blir vanskelig for turnuslegene å få tilstrekkelig informasjon om de forberedende samtalene som tilbys på sykehjemmet. Det kan oppstå sykdom blant de eksterne foreleserne og deltakerne i prosjektet. Dette er ikke mulig å forutse. Dersom dette skulle oppstå må man forsøke å være mest mulig løsningsorienterte.

3. Formidling/målgruppe

På vegne av at denne prosjektplanen omhandler et essensielt område innenfor palliasjon, ser jeg at flere kan ha interesse av prosjektet. Jeg ønsker først å fremst å prioritere kommunene som er i nærområdet, og nettverket i kreftomsorg og lindrende behandling som jeg er medlem av. Jeg ønsker å formidle resultatene ved å skrive et innlegg i lokalavisen som gis i flere av nabokommunene, slik at man både kan synliggjøre noe av arbeidet som blir gjort i kommunen og for å få frem selve palliasjonen. Flere helse og omsorgsseksjoner kan ha nytte og glede av dette, også befolkningen generelt. Videre ser jeg viktigheten av at jeg presenterer resultatene av prosjektet i nettverket i kreftomsorg og lindrende behandling. Da tenker jeg å ha et undervisningsopplegg, både for å dele erfaringer og for å motivere andre ressurspersoner til videre arbeid på deres arbeidsplasser.

Litteraturliste

Bolig, G., Gjengedal, E. & Rosland, J. H. (2016). They know!—Do they? A qualitative study of residents and relatives views on advance care planning, end-of-life care, and decision-making in nursing homes. *Palliative medicine*, 30(5), 456-470.

Dahlin, C. M. & Wittenberg, E. (2015). Communication in palliative care: An essential competency for nurses. I: Ferrell, B. R., Coyle, N. & Paice, J. A. *Oxford Textbook of Palliative Nursing*. Oxford: Oxford University Press.

Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Eide, H. & Eide, T. (2010). *Kommunikasjon i relasjoner – samhandling, konfliktløsning, etikk*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Flo, E., Husebo, B. S., Bruusgaard, P., Gjerberg, E., Thoresen, L., Lillemoen, L. & Pedersen, R. (2016). A review of the implementation and research strategies of advance care planning in nursing homes. *BMC geriatrics*, 16(1), 24.

Førland, O. (2014). Fagutvikling og praksisutvikling i kommunale helse- og omsorgstjenester. I: Haugan, G. & Rannestad, T. (Red.), *Helsefremming i kommunehelsetjenesten*. Oslo: Cappelen Damm.

Gilissen, J., Pivodic, L., Smets, T., Gastmans, C., Vander Stichele, R., Deliens, L. & Van den Block, L. (2017). Preconditions for successful advance care planning in nursing homes: A systematic review. *International journal of nursing studies*, 66, 47-59.

Gjerberg, E., Lillemoen, L., Weaver, K., Pedersen, R. & Førde, R. Forberedende samtaler i norske sykehjem 447–50.

Helsedirektoratet (2013). *Beslutningsprosesser ved begrensnig av livsforlengende behandling*. Oslo: Helsefirektoratet.

Helsedirektoratet (2015a). *Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen*. Oslo: Helsedirektoratet.

Helsedirektoratet (2015b). *Rapport om tilbudet til personer med behov for lindrende behandling og omsorg mot livets slutt – å skape liv til dagene*. Oslo: Helsedirektoratet.

Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell m.v. av 2 juli 1999 nr. 64. Hentet fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64/KAPITTEL_5#KAPITTEL_5

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2017). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Loge, J. H. (2016). Praktisk klinisk kommunikasjon. I: Kaasa, S. & Loge J. H. red. *Palliasjon: Nordisk lærebok*. Oslo: Gyldendal Norsk forlag.

NOU 2017:16. (2017). *På liv og død – Palliasjon til alvorlig syke og døende*. Oslo. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2017-16/id2582548/sec1>

Rønsen, A. & Jakobsen, R. (2016). *Å fullføre et liv: omsorg for døende og de som står nær*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Strømskag, K.E. (2012) *Og nå skal jeg dø: hospicebevegelsen og palliasjonens historie i Norge*. Oslo: Pax.

Thoresen, L. & Lillemoen, L. (2016). “I just think that we should be informed” a qualitative study of family involvement in advance care planning in nursing homes. *BMC medical ethics*, 17(1), 72.

Thoresen, L., Lillemoen, L., Lereim Sævareid T. J., Gjerberg, E., Førde, R. & Pedersen, R. (2017). *Veileder: Forhåndssamtaler; felles planlegging av tiden fremover og helsehjelp ved livets slutt for pasienter på sykehjem*. Hentet fra: <http://www.med.uio.no/helsam/tjenester/kunnskap/etikk-helsetjenesten/forskning/publikasjoner/2017/veileder-forhandssamtaler.html>

Vedlegg 1

Invitasjon til forberedende samtaler

Kjære

Du og eventuelt din/dine nærmeste pårørende inviteres med dette til samtale med lege og sykepleier om hvordan du opplever å bo på sykehjemmet, og tanker du måtte ha om fremtiden og om livets slutfase. Vi er opptatt av å bli bedre kjent med deg og få vite mer om hva som er viktig for deg slik at vi, så langt det er mulig, kan ta hensyn til dine ønsker og verdier. Som pasient på sykehjemmet har du rett til å få informasjon og medvirke i avgjørelser om din egen medisinske behandling. Å delta i samtaler er frivillig, og du kan takke nei.

Det vi blant annet ønsker å snakke med deg om er:

- Hva er viktig for deg nå og i tiden framover?
- Vil du være med å bestemme hva du skal ha av medisinsk behandling?
- Har du gjort deg noen tanker om livets slutfase og døden?

For mange er dette vanskelige å snakke om. Det kan derfor være lurt å tenke over det på forhånd, og gjerne snakke med dine pårørende. Tenk over om det er andre ting du ønsker å snakke om, og noter gjerne ned stikkord.

Samtalen er satt opp fra

Dato....., fra kl.....til kl. på

Vennlig hilsen

(Thoresen et al., 2017).

Vedlegg 2

Fremgangsmåte på sykehjemmet ved forberedende samtaler

Fremgangsmåte på sykehjemmet ved forberedende samtaler

- Tilby pasient (og pårørende) forberedende samtale en stund etter innkomst. Det er en fordel at det er etablert et visst bekjentskap og tillit mellom pasient og sykepleier før samtalen blir holdt. Forberedende samtaler kan med fordel tilbys etter et halvt år, et år eller etter behov.
- Ta kontakt med lege på legekontoret per telefon eller via elektronisk melding. Forklar situasjonen og behovet. Spør etter tidspunkt som passer for legen.
- Fyll ut invitasjonsbrevet til pasient (og pårørende) og lever det.
- Opprett et punkt i pasientens journal under kommunikasjon, forberedende samtaler.
- Dokumenter underveis hva som er blitt gjort.
- Sørg for at samtalerommet er klargjort. Informer ansatte om at det ikke må være avbrytelser under samtalen. Vurder om det skal serveres kaffe eller lignende.
- Informasjon om fremgangsmåte og innhold, se forslag i veilederen.
- Innhold i samtalen kan være:
 - Hva er viktig for deg nå og i tiden fremover?
 - Vil du være med å bestemme hva du skal ha av medisinsk behandling?
 - Har du gjort deg noen tanker om livets slutfase og døden?
 - Nærmeste pårørende
 - Er det noen du ønsker vi ikke skal gi informasjon til?
 - Ønsker du at nærmeste pårørende kan presentere dine ønsker i fremtiden i forhold til behandling dersom du av noen grunn ikke kunne uttrykt dine ønsker?
- Dokumenter det viktigste etter den forberedende samtalen i pasientens journal under kommunikasjon, forberedende samtaler.

(Thoresen et al., 2017).

Vedlegg 3

Evaluerings av den forberedende samtalen

Kjære

For å få en meningsfull evaluering av den forberedende samtalen er det viktig for oss å få tilbakemeldinger fra deg og eventuelt din/dine nærmeste pårørende.

Vi ønsker gjerne noen tilbakemeldinger om:

- Hvordan opplevde du å delta på forberedende samtale?
- Har det hatt noen betydning for din livskvalitet?
- Ser du viktigheten av at en slik samtale blir gjentatt? (sett kryss)
☐ Om et halvt år ☐ Om et år ☐ Ved behov ☐ Ikke ønskelig

Du velger selv om du vil svare på dette og du avgjør om du skriver utfyllende eller i stikkord.

Vennlig hilsen